

Alla C.A.

Staff Direzione Generale

S.S.D. Medico Competente

E-mail: medico.competente@asl4.liguria.it Tel.0185- 329355 Fax: 0185-329453

Responsabile del Procedimento: Dott. Raffaele Aloï

Chiavari , _____

OGGETTO: Richiesta di Rilascio della Cartella Sanitaria di Rischio.

Io sottoscritto in servizio presso la struttura:

.....

CON LA MANSIONE DI:

.....

Richiede a codesta Struttura il rilascio di una copia conforme all'originale, della propria cartella sanitaria dalla data di assunzione ad oggi.

Firma del lavoratore
